

Reflexão Teórica sobre a Regulação de Leitos de Terapia Intensiva em um Município do Rio de Janeiro

Theoretical Reflection on the Regulation of Intensive Therapy in a Municipality of Rio de Janeiro

Reflexión Teórica Sobre la Regulación en Terapia Intensiva en un Municipio de Río de Janeiro

Adalto Rocha Ferraz^{†*}, Mônica de Almeida Carreiro[‡]

Como citar esse artigo. Ferraz, AR; Carreiro, MA. Reflexão Teórica sobre a Regulação de Leitos de Terapia Intensiva em um Município do Rio de Janeiro. Revista Pró-UniverSUS. 2018 Jan./Jun.; 09 (1): 76-80.

Resumo

Este artigo tem por objetivo fazer uma reflexão teórica sobre a regulação de leitos de terapia intensiva em um município do Rio de Janeiro, enfatizando a oferta, a necessidade da população e a regulação como estratégia para atender às demandas da população. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de busca bibliográfica de artigos e levantamento de informações na plataforma do Sistema Estadual de Regulação, sobre as solicitações de transferência para Terapia Intensiva de um hospital municipal do Estado do Rio de Janeiro, bem como a legislação pertinente ao tema. A busca pelos artigos foi feita nas bases de dados Lilacs e MedLine no período de março à junho de 2017. A reflexão expõe elementos do processo de trabalho para o controle e avaliação do serviço e discute a sua regulação, principalmente no contexto da terapia intensiva. As contradições desse processo são realçadas, constatando-se que o leito de terapia intensiva é um recurso limitado na região, de difícil acesso, acarretando o acúmulo de demanda nas Centrais de Regulação, o que coloca em xeque a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Hospitalização; Regulação e Fiscalização em Saúde; Sistema Único de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva

Abstract

This article aims to make a theoretical reflection about the regulation of intensive care beds in a city of Rio de Janeiro, emphasizing the supply, the need of the population and regulation as a strategy to meet the demands of the population. This is an exploratory and descriptive research of bibliographic search of articles and information collection on the platform of the State System of Regulation on the transfer requests for Intensive Care of a municipal hospital of the State of Rio de Janeiro, as well as the pertinent legislation to the theme. The search for the articles was done in the Lilacs and MedLine databases from March to June 2017. The reflection exposes elements of the work process for the control and evaluation of the service and discusses its regulation, especially in the context of intensive care. The contradictions in this process are highlighted, and it can be seen that the intensive care unit is a limited resource in the region, which is difficult to access, leading to an accumulation of demand in the Regulatory Centers, which calls into question the integrality of care.

Keywords: Health Care; Hospitalization; Health Unic System; Intensive Care Units; Regulation and Surveillance in Health..

Resumen

Este artículo tiene por objetivo hacer una reflexión teórica sobre la regulación de camas de terapia intensiva en un municipio de Río de Janeiro, enfatizando la oferta, la necesidad de la población y la regulación como estrategia para atender las demandas de la población. Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva de búsqueda bibliográfica de artículos y levantamiento de informaciones en la plataforma del Sistema Estadual de Regulación, sobre las solicitudes de transferencia para Terapia Intensiva de un hospital municipal del Estado de Río de Janeiro, así como la legislación pertinente al tema. La búsqueda por los artículos fue hecha en las bases de datos Lilacs y MedLine en el período de marzo a junio de 2017. La reflexión expone elementos del proceso de trabajo para el control y evaluación del servicio y discute su regulación, principalmente en el contexto de la terapia intensiva. Las contradicciones de este proceso se resalta, constatando que el lecho de terapia intensiva es un recurso limitado en la región, de difícil acceso, acarreando la acumulación de demanda en las centrales de regulación, lo que pone en jaque la integralidad de la asistencia.

Palabras clave: Asistencia Sanitaria; Hospitalización; Regulación y Fiscalización en Salud; Sistema único de Salud; Unidades de Terapia Intensiva.

Afiliação dos autores: [†] 1Enfermeiro. Especialista em Enfermagem em Emergência. Pós-Graduando do Curso de Especialização em Enfermagem em UTI - USS. Enfermeiro Regulador do Hospital Municipal Doutor Adalberto da Graça em Paracambi - RJ.

[‡] Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta II da Universidade Severino Sombra. Professora do Curso de Especialização em Enfermagem em UTI-USS. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar/UNIRIO.

* Email de correspondência: adaltorf@gmail.com

Recebido em: 15/01/2018. Aceito em: 24/04/2018.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o objetivo maior de ampliar o acesso à saúde de toda a população em um modelo de saúde baseado em prevenção e promoção da saúde do indivíduo e da coletividade, sem prejuízo da recuperação da saúde. Assim, o Brasil está seguindo princípios que são debatidos no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS) há algumas décadas, com experiências interessantes em alguns países como a Inglaterra por exemplo^{1,2}.

Um sistema universal de saúde pode ser entendido como o resultado de uma construção histórica contínua e com o SUS não foi diferente¹. Nos anos 1980 vimos a nova Constituição Federal definir a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e a promulgação da lei nº 8080, que fixa os princípios e diretrizes do novo sistema. Nos anos 1990 vimos a ampliação da oferta de serviços de saúde à população, ainda que menos do que o crescimento da demanda de serviços em saúde. A população brasileira cresceu e se desenvolveu e nos últimos anos, percebe-se uma mudança no perfil de saúde-doença na população brasileira com aumento de agravos crônico-degenerativos que requerem internações de alta complexidade, como internações em terapia intensiva. Porém, observa-se que a oferta desse tipo de assistência não consegue atender a demanda cada vez mais crescente, devido à dificuldade de acesso à rede básica de saúde que atinge grande parte da população. “O cotidiano mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictício e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços”³. Isso leva ao aumento dos agravos evitáveis e suas complicações, sobrecarregando o sistema de saúde.

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida pela RDC nº07 de 24 de fevereiro de 2010⁴ como “uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”, e paciente grave é o “paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto-regulação, necessitando de assistência contínua”. Ou seja, a unidade de terapia intensiva é destinada ao paciente em estado crítico com risco potencial de vida, separando-o de outros pacientes menos graves. A lógica é a de concentrar os pacientes mais graves em um local onde se encontre os equipamentos, materiais, medicamentos necessários e pessoal treinado para o tratamento adequado. Não se trata de um pensamento recente, pois no século XIX Florence Nightingale já se preocupava em separar os doentes críticos em áreas especiais onde a equipe concentrava esforços na assistência.

Diante disso devemos considerar que não é qualquer hospital que possua as condições necessárias para abrigar uma UTI, pois se trata de um serviço de alta complexidade e alta densidade tecnológica. O Brasil possui cerca de 5570 municípios, em sua grande maioria, municípios pequenos que não possuem hospitais com leitos de UTI. Segundo estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM)⁵, em cerca de 70% dos estados brasileiros a rede pública não possui leitos de UTI em quantidade adequada para atender os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde na Portaria MS/GM 1.101 de 12 de junho de 2002⁶, que diz que deve existir entre 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Ainda de acordo com o estudo do CFM, se consideradas as unidades públicas, proporcionalmente, o SUS em nível nacional conta com 0,95 leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes e também é preocupante a concentração destes leitos em regiões metropolitanas; nacionalmente a região Sudeste, com 1,11 leitos por 10.000 habitantes, apresenta o quadro mais favorável em comparação com as outras regiões do país, com exceção do estado do Rio de Janeiro que apresenta 0,78 leitos para cada 10.000 habitantes, portanto bem menos que o mínimo definido por lei.

Para tentar resolver esta problemática o SUS utiliza como estratégia para otimizar a relação entre a demanda crescente e os recursos disponíveis, a organização das centrais de regulação, que funcionam 24 horas por dia, todos os dias, e tem a função de regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos do SUS, buscando disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

Este trabalho tem por objetivo realizar uma reflexão teórica sobre a regulação de leitos de terapia intensiva em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, e se justifica pelo surgimento de novos conceitos e leis no âmbito do SUS no que diz respeito à atenção hospitalar e a regulação de leitos, bem como, é importante salientar que há poucos estudos científicos que abordam a questão da regulação de leitos de terapia intensiva.

Materiais e Métodos

A construção do referencial teórico teve como ideia inicial, descrever a regulação de leitos de terapia intensiva no contexto brasileiro tendo como foco o estado do Rio de Janeiro, em especial um município da região Centro-Sul Fluminense, de forma a “oferecer dados que dão suporte para que estudos mais aprofundados sejam realizados acerca do tema proposto”⁷.

Para tanto, “este artigo apresenta um estudo criterioso baseado na metodologia de pesquisa bibliográfica desenvolvida com base em material

constituído de livros e artigos científico”⁸. Utilizou-se de literatura de cunho científico⁹ nas áreas de Terapia Intensiva, regulação de leitos e fluxo de regulação, assim como a legislação pertinente ao tema.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes secundárias através de revisão bibliográfica de artigos e levantamento de informações na plataforma SER (Sistema Estadual de Regulação) sobre as solicitações de transferência para Terapia Intensiva de um hospital municipal do Estado do Rio de Janeiro, bem como a legislação pertinente ao tema.

A busca pelos artigos foi feita no período de março a junho de 2017, em que foram analisados artigos indexados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline). As publicações foram avaliadas pelos títulos e resumos, com os seguintes critérios de inclusão: artigo publicado entre 2012 e 2016, estar disponível na íntegra no banco de dados online, estar escrito em língua portuguesa, estar relacionado à saúde do adulto e apresentar um dos descritores selecionados: “Unidades de Terapia Intensiva”, “Regulação e Fiscalização em Saúde”, “Assistência à Saúde”, “Hospitalização” e “Sistema Único de Saúde”.

Foram excluídos os artigos que estavam em língua estrangeira, artigos fora do corte temporal e que não se enquadravam nos demais critérios de inclusão definidos acima, observou-se um pequeno número de artigos que se enquadraram na temática proposta, sendo então selecionados 07 artigos e a legislação pertinente ao tema.

Resultados e Discussão

O Paciente Crítico

Os serviços de Emergência são a principal procedência dos pacientes internados em Terapia Intensiva, que são em sua maioria do sexo masculino, com maior incidência na faixa etária acima dos 60 anos; sendo a principal causa da necessidade de UTI são as doenças respiratórias, como a pneumonia, seguida pelas doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio; assim como vítimas de trauma, seja provocado por acidente ou violência, que após intervenção cirúrgica pode precisar de cuidados intensivos^{10;11}.

Logo que o paciente crítico chega à unidade de emergência é feita a identificação dos sinais e sintomas, e definido a terapêutica inicial que vai levar em conta as necessidades imediatas para a manutenção da vida, esse é o momento da estabilização do quadro clínico realizado por equipe multiprofissional composta por

pessoal de enfermagem e médicos, em que pode ser necessária a realização de procedimentos invasivos como punção de vasos profundos, intubação orotraqueal, uso de drogas vasoativas ou procedimentos mecânicos como massagem cardiopulmonar.

Após a estabilização, em que é garantida a sobrevivência do paciente, ele é novamente avaliado com a realização dos exames necessários que estiverem disponíveis e a coleta de informações sobre sua história progressiva. Após este momento o paciente é encaminhado para internação, que é quando se inicia o processo de regulação.

Regulação de Leitos de Terapia Intensiva

A regulação de leitos é uma estratégia relativamente nova no sistema de saúde no Brasil, seu marco legal é a Portaria MS/GM 1559 de 1º de agosto de 2008¹¹, que institui as ações de regulação em âmbito nacional e estabelece o papel de cada esfera de governo. A regulação em si é realizada pelos Complexos Reguladores que são compostos pelas Centrais de Regulação que podem ser municipais, regionais ou estaduais, compondo uma hierarquia por assim dizer, com o objetivo de encontrar a solução mais adequada e o mais próximo possível para a demanda solicitada^{12;13}.

Como dito anteriormente, existem menos leitos de UTI do que o preconizado pelo Ministério da Saúde, fazendo com que seja um recurso escasso. O que se observa na prática é que o sistema de saúde é composto de um grupo de hospitais que trabalham individualmente, cada um lidando com seus próprios pacientes, onde a regulação atua como um elo de ligação entre eles com o objetivo de formar uma rede assistencial. Dessa forma, os hospitais que não possuem UTI, quando tem algum paciente crítico necessitando de internação em terapia intensiva, enviam a solicitação de UTI para a Central de Regulação de sua região que vai fazer a busca por um leito de UTI disponível para esse paciente. Uma vez que a Central encontre o leito disponível, ela faz o contato com a unidade que possui o leito disponível para reservar esse leito e informa a unidade solicitante sobre essa reserva e, então, o paciente é transferido; mas, se durante a busca a Central não encontrar um leito disponível no momento, a solicitação fica em espera e se houver outras solicitações do mesmo tipo, prioriza-se sempre o caso mais grave^{14;15}.

Não é raro um paciente ficar dias, ou até semanas, sendo mantido em um pronto-socorro ou internado em clínica médica ou unidade intermediária em condições que não são adequadas ao seu estado de saúde, à espera de leito de UTI^{16;17}, com grande potencial de piora de seu quadro clínico, podendo inclusive evoluir à óbito antes que se viabilize sua transferência. Muitas vezes esta situação acaba tendo um componente judicial, com

a família do paciente acionando o Ministério Público como forma de tentar conseguir a transferência para um leito de UTI. Neste caso a judicialização¹⁸ provoca uma distorção no sistema pois, como não há leitos suficientes para atender a todas as solicitações, aquele paciente que aciona o Ministério Público passa na frente na fila de espera que até então era organizada baseada em critérios clínicos.

No estado do Rio de Janeiro a regulação de leitos de UTI é feito de forma online através de *software* próprio da secretaria de estado de saúde, a plataforma SER (Sistema Estadual de Regulação), por meio do qual a Central Estadual se comunica com as Centrais Regionais e estas com as unidades solicitantes e executantes.

O município de Paracambi localizado na região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro, possui 50.071 habitantes¹⁹ e pelas regras do Ministério da Saúde anteriormente descritas, deveria disponibilizar 05 leitos de UTI para atender à sua população. O município dispõe de único hospital público, de pequeno porte, que faz parte da administração direta da prefeitura e não possui leitos de terapia intensiva, fazendo com que o município tenha que utilizar o sistema de regulação estadual quando há solicitação de leito de UTI para prestação de uma assistência adequada à necessidade do paciente.

De acordo com levantamento feito junto ao NIR (Núcleo Interno de Regulação) do hospital municipal, entre janeiro de 2014 à março de 2017 foram realizadas 122 solicitações de transferência para UTI através do SER desse total apenas 34 pacientes ou 27,86% das solicitações chegaram a ser transferidos para um CTI, sendo que apenas 06 desses pacientes ou 4,91% tiveram sua transferência regulada totalmente pela Central de Regulação e os outros 28 pacientes (22,95%) foram transferidos por busca de leito feita pela regulação própria do hospital e sem participação direta da Central.

Com esses números, mesmo sendo apenas 01 município, podemos levantar alguns questionamentos sobre a efetividade do Complexo Regulador tendo em vista que em apenas 27,86% das solicitações os pacientes chegaram ao leito de terapia intensiva e desses apenas 06 graças à Central, o município teve que agir diretamente para garantir a integralidade da assistência dos casos que foram resolvidos. Ainda sobre esse levantamento, 46 pacientes evoluíram à óbito antes que se viabiliza-se um leito de UTI no sistema de regulação, o que corresponde a 37,70% de óbitos contra 27,86% de transferências bem sucedidas. Podemos considerar com isso que o tempo do paciente não é o mesmo tempo da regulação, o paciente crítico agudizado exige uma resposta rápida para o seu caso, que muitas vezes não acontece.

Outro dado importante é o de solicitações canceladas devido a melhora clínica do paciente,

totalizando 19 pacientes que correspondem a 15,57% do total; as vezes durante um quadro agudo a equipe de assistência opta por solicitar uma transferência para CTI mas após algumas intervenções para estabilizar o quadro clínico o paciente pode apresentar melhora clínica significativa e a necessidade de terapia intensiva descartada. Será que essas solicitações eram mesmo necessárias? Será que a equipe se precipitou? Ou foi a melhor decisão tomada em um momento específico que depois se modificou? São perguntas difíceis de responder quando não se está inserido no contexto em que este tipo de decisão é tomada.

Por fim não podemos deixar de relatar que das 122 solicitações, 23 ou 18,85% não apresentaram registro completo sobre o destino do paciente, não sendo possível pelo SER saber se o paciente foi transferido, apresentou melhora clínica ou evoluiu a óbito. Isso revela um dos maiores problemas do SER e do sistema de regulação como um todo, além do número insuficiente de leitos, o não preenchimento adequado das solicitações. Os profissionais que atuam nas Centrais de Regulação não tem contato direto com os pacientes, portanto, precisam que os profissionais da assistência enviem o máximo de informação clínica possível para que a regulação possa ser feita de forma correta e o paciente tenha acesso ao serviço de terapia intensiva.

Considerações Finais

O que podemos ver é que as Unidades de Terapia Intensiva são recursos valiosos e também escassos, com menos leitos do que o preconizado pela legislação; isso dificulta o acesso a esse recurso, acarretando o acúmulo de demanda que as Centrais de Regulação tentam organizar e administrar, o que coloca em xeque a integralidade da assistência.

Devemos reconhecer que este não é um problema recente, já acontece há alguns anos e tende a continuar a acontecer ou até mesmo se agravar se levarmos em consideração que a população brasileira está crescendo e envelhecendo e que os investimentos em saúde pública historicamente não acompanham o crescimento da demanda, principalmente em serviços de alta complexidade como terapia intensiva.

A criação dos Complexos Reguladores Regionais dentro de uma Política Nacional de Regulação é uma iniciativa muito bem-vinda através do qual se pretende organizar o componente hospitalar do Sistema Único de Saúde dentro de uma estratégia de regionalização, estruturada de forma hierárquica com o objetivo maior de garantir a integralidade da assistência à saúde. Mas também é necessário investir continuamente na infraestrutura do SUS para que tenhamos uma rede de serviços da saúde compatível com a necessidade da população.

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
2. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. Revista Saúde e Sociedade. 2007 jan-abr; 16(1):7-17.
3. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de regulação; Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2012; 22(1): 119-140.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
5. CFM, Conselho Federal de Medicina. 5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI. [Internet]. 2016 mai [citado em 2016 16 de maio]; Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26167:2016-05-16-12-15-52&catid=3:portal
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Revogada pela Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
7. Gonçalves EP. Conversas Sobre Iniciação à Pesquisa Científica; 3ª edição; São Paulo: Alínea, 2003.
8. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa; 4ª edição; São Paulo: Atlas, 2002.
9. Minayo MCS org. Metodologia da Pesquisa Científica; 23ª edição; Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.
10. Feijó CAR, Leite Júnior FO, Martins ACS, Furtado Júnior AH, Cruz LLS, Meneses FA. Gravidade dos Pacientes Admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro; Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006 jan-mar; 18 (1).
11. Schneider A. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro; Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2001; 11(2):51-66. DATASUS. Sistema de Informações em Saúde.
12. Indicadores e Dados Básicos, 2012. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#cober>
13. Santos AC, Vargas MAO, Schneider N. Encaminhamento do Paciente Crítico para UTI por Decisão Judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros; Revista Enfermagem em Foco; 2010; 1(3):94-97.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html
15. Gatti, MFZ, Leão, ER. O Papel Diferenciado do Enfermeiro em Serviço de Emergência: a identificação de prioridades de atendimento; Revista Nursing. 2004 jun; 73 (7).
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html
17. Vieira MS. Perfil Geográfico e Clínico de Pacientes Admitidos na UTI Através da Central de Regulação de Internações Hospitalares; Com. Ciências Saúde. 2011; 22(3):201-210.
18. Polakiewicz RR, Tavares CMM. Judicialização, juridicização e mediação sanitária: reflexões teóricas do direito ao acesso aos serviços de saúde. Revista Pró-UniverSUS. 2017 Jan./Jun.; 08 (1):38-43.
19. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo Demográfico 2015. Perfil demográfico dos Estados e Municípios acima de 100mil. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/3303609>